

Fumador de riesgo

Rosario Timiraos Carrasco

Médico de Familia. C.S. Acea da Ama- Culleredo- A Coruña

Cad Aten Primaria
Ano 2010
Volume 17
Páx. 135-135

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 65 años, sin antecedentes familiares de interés. Antecedentes personales: tabaquismo activo desde los 15 años, (índice tabáquico 50 paquetes/año), diabetes mellitus tipo 2, HTA, arteriopatía periférica estadio II (pendiente tratamiento quirúrgico de revascularización) y retinopatía diabética no proliferativa.

La exploración física muestra una auscultación cardiaca y pulmonar sin alteraciones relevantes, TA 130/80, IMC 27 y pulsos pedios ausentes en MMII.

ANALÍTICA

Hemograma normal, glucosa 144 mg/dl, HbA1c 8%, colesterol 205 mg/dl, LDL 128 mg/dl, creatinina 1 mg/dl. Proteinograma normal. ECG: ritmo sinusal, sin otros hallazgos significativos.

A tratamiento con: Pravastatina 20 mg, Losartan 50 mg, Amlodipino 10 mg, Metformina 850 mg, Glimepiride 4mg y Clopidogrel 75 mg.

En relación con el consumo de tabaco, se pregunta al paciente si tiene tos o disnea al hacer ejercicio; sólo refiere tos matutina ocasional.

Se trata de un paciente mayor de 40 años, con elevado riesgo cardiovascular y un importante historial tabáquico, que refiere escasos síntomas respiratorios. Con estos antecedentes está indicado realizar una espirometría para screening de EPOC. La espirometría se realiza en el centro de salud, con el siguiente resultado (ver Figura 1).

¿Cuál sería la interpretación y el posible diagnóstico?:

- a-Espirometría normal.
- b-Patrón obstructivo con PBD(+).
- c-Patrón obstructivo con PBD(-).
- d-Patrón restrictivo.

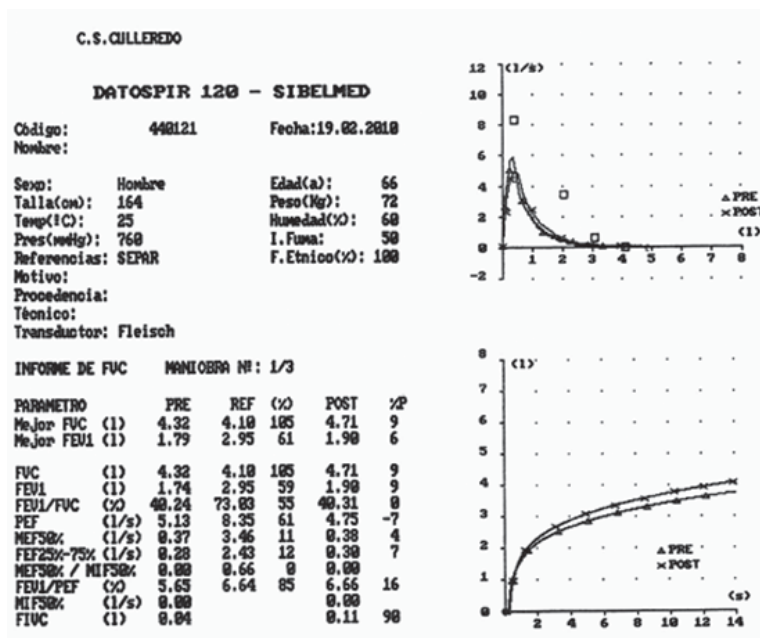


FIGURA 1

RESPUESTA A CASO CLÍNICO FUMADOR DE RIESGO

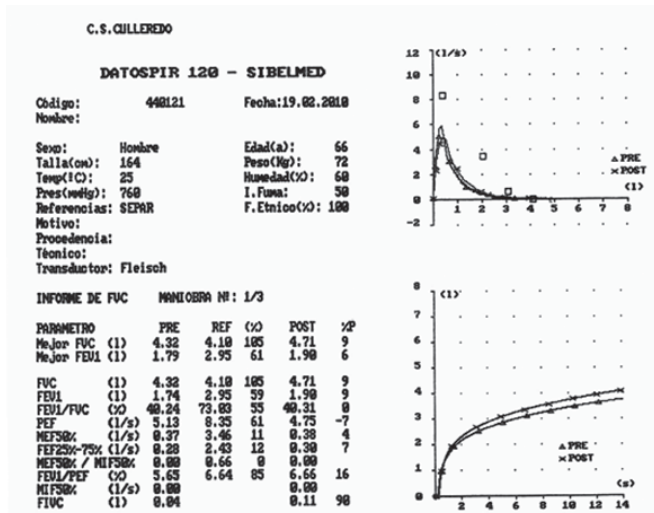


FIGURA 1

- 1º Las curvas flujo-volumen y volumen-tiempo son aceptables, lo que nos indica que las maniobras espirométricas se han realizado de forma correcta y podemos interpretar los resultados.
- 2º Resultados:
 - a-Relación FEV1/FVC:(40,24% pre) es menor del 70%; indica obstrucción
 - b-FVC: (105%), >80% del valor teórico; es normal
 - c-FEV1:(59%), <80% del valor teórico; es bajo
 - d- La prueba broncodilatadora es negativa:
 FEV1post (1900ml) - FEV1pre (1740ml)= (156ml) es menor de 200ml y reversibilidad (9%***) es menor de 12%.
 La espirometría muestra por tanto un patrón obstructivo con PBD(-).

Con los datos clínicos y con los de la espirometría se confirma el diagnóstico de EPOC.

La clasificación GOLD indica que el diagnóstico se ha de hacer con la relación FEV1/FVC postbroncodilatación que ha de ser menor del 70% (en este caso 40,31%**). Para ver el estadio de gravedad nos fijaremos en el FEV1 postbroncodilatación; en este ejemplo es del 64% con respecto al valor de referencia (1,90 en valor absoluto*), por 1

Ante este diagnóstico, se insiste en el consejo antitabaco, se inicia tratamiento con bromuro de tiotropio 18mcg/24h y se solicita una Rx de tórax para completar el estudio. La Rx muestra un nódulo pulmonar. Al tratarse de un paciente con EPOC moderado (GOLD II), con varias comorbilidades, se remite a Neumología para valoración. Se le realiza una nueva espirometría que confirma el diagnóstico previo, y se solicita un TAC pulmonar para estudio de nódulo, con resultado de benignidad.

El paciente se ha mantenido estable, sin presentar sobreinfecciones respiratorias y con cierta mejoría en las pruebas de función pulmonar realizadas en el seguimiento. Actualmente no fuma.

NOTA: el modelo de espirómetro Datospir120-C®, calcula los valores postbroncodilatación de FEV1 y FVC en valor absoluto; debemos dividir estos resultados por los valores de referencia y multiplicar por 100, para expresarlos en porcentaje (importante para calcular FEV1 postbroncodilatación).

COMENTARIO

La EPOC fundamentalmente asociada al consumo de tabaco, es poco conocida por la población general. Es una enfermedad con elevada prevalencia, prevenible y tratable pero infradiagnosticada e infratratada a nivel mundial, con una importante carga sanitaria, económica y social. En España el reciente estudio EPI-SCAN cifra la prevalencia actual en la población general de entre 40 y 79 años en el 10,2%. Se estima que más del 70% de los pacientes está sin diagnosticar.

Los pacientes tienden a no notificar sus síntomas ya que pueden ser mínimos o pueden percibirse como parte normal del envejecimiento o como clínicamente insignificantes.

Las guías actuales de manejo de la EPOC, recomiendan la realización de la espirometría en cualquier paciente fumador o ex-fumador, mayor de 40 años, sobre todo si manifiesta algún síntoma respiratorio. La posibilidad de diagnosticar a estos pacientes en estadio leve o moderado, se encuentra en la atención primaria de salud; para ello es imprescindible la realización e interpretación de espirometrías de calidad en AP.

De esta manera conseguiríamos un diagnóstico precoz, nos ayudaría a reforzar el tratamiento del tabaquismo, a clasificar la enfermedad según el grado de severidad y a iniciar tratamiento farmacológico con broncodilatadores en los casos que fuera necesario. Todo ello conllevaría una mejoría significativa de la calidad de vida de nuestros pacientes y un descenso de las reagudizaciones e ingresos hospitalarios.

BIBLIOGRAFIA:

- Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD executive summary. Am J Respir Crit Care Med 2007;176 :532-55.
- M Miravittles, J B Soriano, F García-Río, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosis COPD on quality of life and daily life activities. Thorax 2009;64 :863-868 (EPI-SCAN study)
- Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de EPOC. SEPAR-ALAT 2009